

La torsion des annexes saines dans les sacs de hernie inguinale chez le nourrisson

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 14 juin 1935.

PAR

ANDRÉ MERCADIER

Né à Rodez le 12 mai 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, *président*, professeur.
MASSABUAU, professeur.
GUIBAL, agrégé.
ROUX, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

LA TORSION DES ANNEXES SAINES
DANS LES SACS DE HERNIE INGUINALE
CHEZ LES NOURRISSONS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555202_0087

La torsion des annexes saines dans les sacs de hernie inguinale chez le nourrisson

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 14 juin 1935.

PAR

ANDRÉ MERCADIER

Né à Montpellier le 26 janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, *président*, professeur.
MASSABUAU, professeur.
GUIBAL, agrégé.
ROUX, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
Histologie
Physiologie
Chimie biologique et médicale
Physique médicale
Anatomie pathologique
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales
Thérapeutique et matière médicale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Pathologie médicale et clinique propédeutique
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge
Clinique de dermatosyphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Matière médicale (Ch. de c.)
Radiologie (Ch. de c.)
Anatomie (Ch. de c.)
Histologie (Ch. de c.)

MM.

J. DELMAS
TURCHINI
HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELTI
LISBONNE
BOSC
BOUDET
PUECH
CARRIEU
GAUSSEL
GIRAUD
VIRES, assesseur.
RIMBAUD
MASSABUAU
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, doyen
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
VILLARD
TERRACOL
CABANNES
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.
Pathologie externe	PAGES
Médecine opératoire	AIMES
Accouchements	SOUBEIRAN ag. libre
Clinique phthisiologique	COLL DE CARRERA
Clinique propédeutique médicale	GAUSSEL, prof.
Clinique des maladies contagieuses	BOULET
Stomatologie	JANBON
	D ^r WATON

Agrévés en exercice

	MM.	AIMES
		MOURGUE-MOLINES.
		GUIBAL
		ROUX
		COLL DE CARRERA
		CARRERE
MM. BOULET	Chirurgie....	
PAGES		
JANBON	Obstétrique..	
BAUMEL	Bactériologie.	
VIDAL		

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, président, prof.	MM. GUIBAL, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de mon amour filial.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA FIANCEE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A. M.



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THESE

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANAC

Témoignage de ma gratitude.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A. M.

LA TORSION DES ANNEXES SAINES DANS LES SACS DE HERNIE INGUINALE CHEZ LES NOURRISSONS

INTRODUCTION

Sous l'inspiration de Monsieur le Professeur ETIENNE, qui a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, nous avons consacré ce modeste travail à l'étude de la torsion des annexes saines dans les sacs de hernie chez les nourrissons.

Trois cas de cette affection peu fréquente s'étant produits dans le service, il nous a paru intéressant de les étudier à fond pour essayer d'en dégager les caractères cliniques, l'évolution des lésions, l'anatomie pathologique et enfin la thérapeutique.

Ces trois observations nous permettront, en outre, d'établir les diagnostics différentiels assez difficiles à faire dans la pratique courante.

Nous donnerons donc successivement: l'étude historique, l'étude clinique, la symptomatologie de l'affection, son anatomie pathologique, sa pathogénie et son traitement, avec quelques vues nouvelles qui nous ont été suggérées par les trois cas observés.

Nous ne parlerons pas dans ce court travail des torsions intra-abdominales des annexes saines, ce sujet ayant déjà été traité plusieurs fois de façon complète et ayant une

pathologie tout à fait distincte. Nous nous bornerons simplement à étudier la torsion des annexes saines dans les sacs de hernies inguinales chez le nourrisson.

Qu'il nous soit permis de remercier ici Monsieur le Professeur ETIENNE de nous avoir confié ce travail et d'avoir bien voulu mettre à notre disposition deux observations inédites de cette affection.

Nous remercions également le docteur Lapeyrie qui a bien voulu nous transmettre une observation personnelle et le docteur CABANAC qui nous a donné toutes les précisions voulues sur la technique opératoire employée et sur les découvertes faites en cours d'opération.

Enfin que Messieurs les professeurs MASSABUAU, GUIBAL et ROUX trouvent ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous font de bien vouloir nous servir d'examineurs.

HISTORIQUE

Nous ne donnerons ici qu'un historique succinct de la question jusqu'en 1927 car celui-ci est fait d'une façon remarquable dans la thèse de Jean LELIÈVRE, parue à cette époque.

Le premier cas de torsion de l'ovaire et de son pédicule est décrit en 1895 par LOCKWOOD, en Angleterre, et, à partir de cette date, vont paraître de nombreux écrits sur les hernies annexielles; mais, par contre, les études de la torsion dans des sacs de hernies seront relativement rares.

En 1896, MUMBY, LOCKWOOD et OWEN en citent chacun une observation. A la même époque, MORGAN décrit un cas de torsion de pédicule tubo-ovarien dans un sac de hernie inguinale chez le nourrisson. En 1898, un cas est publié en Allemagne par MAAS et un autre en Angleterre par MAY et BELBIN. En 1900, CAHEN en rapporte un cas et en 1901 deux autres cas sont signalés par QUADFLIEG et HABS. En 1902 NICOLL en étudie un cas. En 1904, HEEGARD, dans une étude des hernies tubo-ovariennes, en mentionne plusieurs cas; en 1905, DAMIANOSS reprend cette étude et en rapporte une observation personnelle. La même année, en France, MACÉ et MONCANY, en Angleterre CAMPBELL et RIGBY en publient aussi.

En 1906, paraissent les observations de GANDIER, de CARDOT, de HOGDE et GAUGÈLE, de PAYR.

En 1908, BRINDEAU et POSTET, LECÈNE et CHURCHILL, en 1909 Mlle PETITJEAN, en 1910 VEAU et BERGER et LANGMARK, en 1912 MOSCHOVITZ, HEINECK et AUVRAY, en 1913 NOVÉ-JOSERAND, RENDU et MASTÉY, en 1914 EUSTACE, en 1916, GIVEL et ABELLO, en 1918 MÜLLER, en 1920 HALLOPEAU, COLLEVILLE, en 1921 ESTOR et AIMES publient soit des observations soit des travaux sur cette question.

En Amérique, la même année, SMITH et BUTLER font une étude de la question. Jusqu'en 1926, on ne signale rien à ce sujet. Paraît alors un cas qui est présenté à la Société de Chirurgie par MATHIEU et MORUZI.

En 1927, Jean LELIÈVRE consacre sa thèse à l'étranglement et la torsion du pédicule dans le sac de hernie inguinale tubo-ovarienne chez l'enfant et en rapporte quelques nouveaux cas. Au mois d'avril 1929, LAMBIAS et O.-O. SENNET, à Buenos-Aires, font paraître une observation de torsion des annexes dans un sac de hernie inguinale. En juillet 1930, on peut lire dans le *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* un article d'Alain MOUCHET au sujet de la torsion de l'ovaire droit dans une hernie inguinale simulant un étranglement herniaire. Au mois d'août de la même année WAKELEY fait une étude des hernies de la trompe et de l'ovaire. Toujours en 1930, au mois d'octobre, paraît une note du même auteur sur une torsion de l'ovaire droit simulant un étranglement intestinal.

Ce mois-là on trouve une étude sur l'étranglement et la torsion du pédicule dans les hernies inguinales tubo-ovariennes congénitales faite par E. CAPECCHI dans *Il Policlinico*.

REGAD fait en 1932, à Lyon, sa thèse sur la torsion des trompes utérines. Auparavant, en mars 1931, à Buenos-Aires, J. MARIANO-FAZIO fait paraître dans la *Semana Medical* deux cas de hernie de l'ovaire et de la trompe de Fal-

lope dont un avec torsion des annexes. Au mois de juin 1932 on peut voir deux cas de torsion des annexes normales chez des fillettes cités par E. SORREL, H. OBERTHUR et LOUTSCH dans le *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*.

En avril 1933, J. REGAD écrit un article sur la torsion de la trompe de Fallope dans la *Gazette des Hôpitaux*. Au mois de novembre, M. le professeur V. RICHE et M. le docteur GUIBAL, nous parlent de la torsion d'une trompe saine, succédant à une rupture de la vessie.

Depuis, on ne trouve aucune publication sur ce sujet. En juin 1934, MM. les Elèves de M. le Professeur ETIENNE, ont observé dans son service deux nouveaux cas, qui ont fait l'objet de communication à la Société de Médecine et de Biologie de Montpellier, une par MM. LAPEYRIE et CABANAC sur la torsion de l'ovaire et de la trompe de Fallope dans un sac de hernie inguinale simulant un étranglement intestinal et une de MM. CABANAC et PASSEBOIS essayant de dégager des conclusions sur le diagnostic et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

et de MM. Lapeyrie et Cabanac.)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Etienne,

Cre... Violette, née à Lunel (Hérault), le 6 août 1933 entre à l'Hôpital le 16 octobre 1933, envoyée par le docteur SARVY, de garde à l'Hôpital général, avec le diagnostic de : tuméfaction de la région inguino-abdominale gauche, à hospitaliser d'urgence.

Antécédents et histoire de la maladie. — Ce bébé est le premier enfant d'un jeune ménage en fort bonne santé; la mère n'a jamais eu de fausses couches. L'enfant est né à terme, est nourri au sein et n'a jamais été malade. Toutefois la mère raconte qu'elle a observé chez ce nourrisson une tumeur inguinale du côté gauche depuis l'âge de 15 jours. Cette tumeur, qu'elle compare à une boule dure, de la grosseur d'une olive, est toujours restée stationnaire. Elle n'était pas douloureuse ou fort peu.

Elle était enduite tous les jours de pommade.

Depuis deux jours, la mère a constaté de l'œdème de la grande lèvre gauche, sans qu'il y ait de modifications notables de la tumeur. L'enfant ne paraît pas souffrir, va régu-

lièrement du corps et n'a jamais eu de fièvre. Il a eu cependant un vomissement. Le médecin qui l'a vu alors a diagnostiqué: hernie étranglée et l'a envoyé à l'hôpital.

Examen. — A l'inspection on constate l'existence d'une tumeur inguinale gauche rénitente, indolente, roulant facilement sous le doigt, et paraissant absolument distincte de l'orifice inguinal superficiel. Il n'y a aucune impulsion au moment des cris. La grande lèvre gauche est oedématiée.

Devant ce tableau clinique, on pense qu'il s'agit d'un kyste du canal de Nück, probablement enflammé par les massages journaliers pratiqués.

Comme l'enfant a vomi une fois et que, d'autre part il y a un peu d'oedème de la grande lèvre, on se décide à intervenir.

Intervention. — Celle-ci a lieu sous anesthésie locale avec le Docteur LAPEYRIE comme opérateur. On incise la tumeur qui apparaît non point légèrement bleutée verdâtre et translucide, mais bien violacée et opaque. Il paraît y avoir du sang dans une poche. A l'ouverture on trouve une masse violacée et régulière donnant l'impression d'une anse intestinale étranglée. On tient alors la tumeur avec une compresse et on va explorer sa face profonde et l'orifice du canal inguinal.

On s'aperçoit qu'il s'agit d'un pédicule tordu en voie de sphacèle, puisqu'on aperçoit la trompe de Fallope noirâtre. On excise les annexes tordues deux fois sur leur pédicule. On refait la paroi en un plan musculo-aponévrotique et on suture la peau avec des agrafes.

L'enfant sort guéri le 28 octobre 1933.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Lapeyrie.)

Le mardi 13 avril 1934, est présenté à l'examen du Docteur LAPEYRIE, un nourrisson de deux mois.

Sa mère a constaté dans la région inguinale gauche une tumeur du volume d'une très grosse olive; elle a noté également un peu d'œdème de la grande lèvre gauche. Cette tumeur paraît sensible à la palpation. L'œdème de la grande lèvre diminue les jours suivants. L'enfant, à part cela, ne présente rien d'anormal.

Examen. — Le 13 avril 1934, on constate dans la région inguinale gauche une tumeur de la grosseur d'un noyau d'abricot. Elle est assez mobile dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical. On a l'impression qu'elle présente un pédicule supérieur. Il existe un très léger œdème de la région se prolongeant vers la grande lèvre, mais la peau est normale.

Diagnostic. — La brusquerie de l'apparition, la dureté de la tumeur, le pédicule perçu à son pôle supérieur, l'absence de troubles digestifs et généraux font éliminer les diagnostics de hernie étranglée et de kyste du canal de Nüch. On pense, étant donné la consistance, la forme, l'indolence, qu'il s'agit d'un organe abdominal plein prolabé.

Intervention. — A lieu le 13 avril 1934, avec le docteur LAPEYRIE comme opérateur. On fait une petite infiltration à la scurocaïne. Après incision parallèle au canal inguinal, on découvre le sac herniaire; celui-ci est tendu, de couleur bleutée. A son ouverture on voit qu'il est épais et il s'écoule

du sang noirâtre. On aperçoit alors un organe à surface lisse, par endroits rouge-noirâtre, et par d'autres légèrement grisâtres. Il s'agit de l'ovaire. A sa partie supérieure on trouve la trompe dont les franges sont congestionnées et de couleur rouge foncé. En dégageant ces organes, on constate que leur pédicule très adhérent au sac, présente une torsion de 180° dans le sens inverse de la marche des aiguilles d'une montre, l'organe étant vu de face. Le pôle inférieur de l'ovaire s'est donc placé en haut en passant par la gauche. Il est impossible, étant donné l'état de destruction apparente de la glande, de la réintégrer dans l'abdomen. Le pédicule détordu est encore difficilement isolable du sac qui est lui-même très rouge, épais et friable. On ligature le pédicule, on ferme le sac, on refait la paroi par des points en U, et on place trois agrafes sur la peau.

Suite opératoires. -- L'enfant a très bien supporté l'intervention et a vomi une seule fois un biberon d'eau sucrée donné à la place de la première tétée. La tétée suivante est donnée sans incidents. L'enfant passe une bonne nuit sans fièvre, et trente-six heures après, exactement, on enlève les trois agrafes. L'alimentation au sein est poursuivie sans incidents.

OBSERVATION III

*(Due à l'obligeance de M. le professeur Etienne
et MM. Lapeyrie et Cabanac.)*

Lefr... Anne-Marie, âgée de deux mois, entre le 17 mars 1934 au service de chirurgie infantile avec le diagnostic de hernie inguinale irréductible.

A signaler que la mère est hospitalisée au service de médecine générale pour hémiplégie et a un Bordet-Wassermann très fortement positif

Examen fait le 18 mars 1934. - - A l'inspection l'enfant présente du côté gauche une tumeur inguinale du volume d'une petite olive. La palpation montre une tumeur arrondie et rénitente. On arrive jusqu'à l'orifice inguinal qui est normal, sans trouver de pédicule reliant cet anneau à la tumeur.

La mobilité de la tumeur est assez grande pour arriver à la faire glisser dans tous les sens; toutefois, on ne peut arriver à la réduire. On peut penser, en présence de ce tableau, à un kyste du canal de Nüeck ou à un ganglion hypertrophié mais non à une hernie.

En outre, une forte hernie ombilicale est manifeste et se réduit en gargouillant.

Examen fait le 2 mai 1934. — A cette date on constate que la tumeur augmente brusquement de volume, mais quelques heures après tout rentre dans l'ordre.

Après avoir comparé ce tableau clinique à celui des hernies de l'ovaire opérées dans le service, on se décide d'intervenir.

Intervention. — Celle-ci a lieu le 3 mai. Elle est pratiquée sous anesthésie locale, avec le docteur CABANAC comme opérateur. Après avoir fait une incision parallèle à l'arcade crurale, on tombe sur une masse arrondie, bleutée, luisante; à la sonde cannelée on décortique cette masse qui est pédiculée. On s'aperçoit qu'il y a, à la partie profonde du sac, une masse pelotonnée rose et à la partie supérieure une masse bleue rénitente (qui semble contenir plusieurs kystes). Après plusieurs tentatives de réintégration on ouvre le sac. On voit alors un ovaire volumineux avec, en dedans, la trompe et ses franges. On essaie encore mais vaine-

ment de réintégrer: dilatation de l'orifice inguinal et expression n'y parviennent pas.

Le docteur CABANAC ponctionne alors l'ovaire qui laisse échapper un liquide de kyste. On décide d'enlever cet organe en laissant la trompe; mais la difficulté technique est grande et on enlève trompe et ovaire. On referme le sac, on suture l'arcade crurale et le muscle; on suture l'aponévrose du grand oblique et on place des agrafes sur la peau.

Suites opératoires normales.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique: Cet organe présente de nombreux kystes de tous volumes réduisant à peu près à rien le parenchyme noble de la glande.

ETUDE CLINIQUE

FRÉQUENCE

On se rend aisément compte, en lisant les études antérieures que la hernie de l'ovaire ou des annexes complètes est relativement fréquente chez le jeune enfant. C'est ainsi qu'en 1906 la statistique de Carmichael montre que sur 76 cas le sac est habité 30 fois, et, sur ces trente fois, il l'est 24 fois par l'ovaire ou la trompe, ou par les deux. En 1917, vingt-huit cas sont rapportés par Brossy et sur ces vingt-huit cas il y en a dix qui contiennent les annexes. Enfin, en 1927, LELIÈVRE dans sa thèse montre que la fréquence est légèrement plus grande.

Les accidents aigus dus à la torsion du pédicule s'observent eux aussi assez fréquemment au cours de l'évolution des hernies annexielles chez le nourrisson ou chez l'enfant. En effet, sur soixante-six cas cités par LELIÈVRE (les seuls publiés auparavant dans la presse française, y compris les siens) nous voyons qu'il y en a quarante-et-un qui sont compliqués de torsion. Seulement, il est assez difficile, dans toutes ces observations, à peu d'exception près, de déterminer s'il s'agissait d'annexes saines ou d'annexes malades.

Il semble cependant que la torsion des annexes saines se

voit assez peu couramment. En tout cas, elle est plus fréquente que leur étranglement.

Quant au maximum de fréquence, il nous paraît, ainsi qu'aux auteurs précédents, siéger de la naissance au sixième mois, mais surtout dans les trois premiers mois. Pour nos trois observations, nous voyons, en effet, que ces accidents se sont produits dans ces délais : deux fois chez un nourrisson de deux mois et une fois chez un de quinze jours. Toutefois, il semble d'après les statistiques antérieures que ce soit le troisième mois où on en note le plus.

CÔTÉ

Si nous n'avions devant les yeux que nos trois observations, nous pourrions affirmer que la torsion a toujours pour siège le côté gauche. Mais il faut aussi tenir compte des cas déjà publiés et nous voyons ainsi que auparavant celui-ci était dix-huit fois à gauche et dix-sept à droite. Nous pouvons donc dire qu'il n'existe aucun côté d'élection.

DATE DE L'APPARITION

La date de l'apparition de la torsion est assez variable par rapport à l'apparition de la hernie. Nous voyons en consultant toutes les observations que la hernie existant avant cette complication et ayant été aperçue par la mère ou le docteur est la plus fréquente. Pour les cas rapportés par nous, la tumeur herniaire a chaque fois précédé l'apparition de la torsion du pédicule.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les observations antérieures et d'après celles citées par nous, nous avons essayé de dégager les principaux symptômes: 1^o de la hernie des annexes saines; 2^o de la torsion de ces annexes dans les hernies inguinales chez les nourrissons. Pour plus de clarté, nous avons cru utile de distinguer les cas où la hernie a précédé la torsion et ceux où hernie et torsion apparaissent en même temps. Voici donc le résultat de nos recherches.

1. — CAS OÙ LA HERNIE A PRÉCÉDÉ LA TORSION

A) *Hernie des annexes saines*

La date d'apparition de ces hernies est assez peu variable, c'est en général dans les jours qui suivent la naissance, quelquefois même de suite après que la mère ou le médecin s'aperçoivent de son existence. A ce moment, voici quels sont les symptômes qui frappent notre attention et doivent nous aiguiller vers le diagnostic.

1^o *Signes constants:*

Siège. — Le siège le plus fréquent est au niveau de l'ori-

fice externe du canal inguinal. Cependant la tumeur peut se trouver aussi dans le canal inguinal ou bien encore mais plus rarement dans la grande lèvre.

Consistance. — Quel que soit le siège de la tuméfaction, elle est toujours dure. Elle est constamment comparée « à un noyau ou à une boule ».

Volume. — Le volume est peu variable. Il est compris entre celui d'une petite olive, d'une noisette ou d'un noyau d'abricot et celui d'un œuf de pigeon.

Mobilité. — Celle-ci est toujours assez grande; on a l'impression que la tuméfaction perçue roule sous le doigt. Toutefois, cette mobilité peut être limitée à un seul sens; comme c'est le cas de notre observation II.

Réductibilité. — Il est souvent possible de réduire la tumeur et lorsque celle-ci s'effectue on ne perçoit jamais de gargouillements. Parfois, la hernie est d'emblée irréductible.

Matité. — Celle-ci est de règle et ne fait jamais défaut.

Douleur. — On ne connaît pas de cas où la hernie soit douloureuse tant qu'elle n'est pas compliquée de torsion ou d'étranglement. Il peut cependant y avoir une légère hyperesthésie de la région à la palpation.

Troubles digestifs. — Ceux-ci n'ont jamais été signalés dans les hernies des annexes saines.

2° Signes inconstants:

Perception d'un pédicule. — On peut parfois percevoir un pédicule à la partie supérieure de la tumeur et celui-ci pénètre alors dans le canal inguinal. Ce signe est, malheureusement souvent absent.

Forme extérieure. — On perçoit le plus souvent une surface lisse un peu irrégulière qui correspond à la surface de l'ovaire.

Peau. — La plupart du temps celle-ci reste normale; on

peut observer quelquefois une légère rougeur de la région.

La symptomatologie de la hernie des annexes saines ainsi décrite, nous allons voir quels sont les signes qui caractérisent la torsion.

B) *Torsion des annexes dans les sacs de hernie*

La torsion peut survenir assez longtemps après la constatation de la hernie. En général, elle apparaît dans les mois qui suivent. Le début passe souvent inaperçu, mais dès lors on a les signes suivants :

Irréductibilité. — La tumeur réductible jusqu'alors devient tout d'un coup irréductible, quelles que soient les manœuvres employées. Ce signe est très important.

Œdème. — Immédiatement on s'aperçoit qu'il y a de l'œdème de toute la région inguinale. Celui-ci s'étend dans la plus grande partie des cas dans la grande lèvre correspondante. Le principal caractère de cet œdème est d'être variable; en effet, tantôt il disparaît complètement, tantôt il diminue légèrement pour réapparaître quelque temps après. Cet œdème fait rarement défaut.

Volume. — Dans presque tous les cas on note une augmentation récente du volume de la tumeur.

Douleur. — Au moment où se produit la torsion, il semble que la région inguinale devienne douloureuse. L'enfant devient alors grognon et ses cris redoublent quand on lui touche la région herniée.

Modifications de la peau. — On observe alors une tension des téguments. Ils deviennent le plus souvent rougeâtres et semblent le siège d'une inflammation. La peau se tend.

Troubles gastro-intestinaux. Ils se résument en général à un ou plusieurs vomissements. Il n'y a jamais arrêt des matières et des gaz.

Troubles généraux. — On n'a pas signalé de troubles gé-

néraux. Dans tous les cas, la température est normale; on observe souvent une légère accélération du pouls.

Discordance entre les signes généraux et locaux. — On voit en effet qu'il y a une différence très nette entre les troubles généraux et les troubles locaux: l'état général n'est jamais atteint malgré l'intensité des troubles locaux. Cette différence est un signe très important; elle nous permet de penser à la hernie des annexes saines. Les troubles gastro-intestinaux, eux, nous font faire le diagnostic de la torsion de ces organes.

II. — CAS OU LA TORSION ET LA HERNIE SURVIENNENT EN MÊME TEMPS

Les cas de torsion survenant en même temps que la hernie sont très rares. Ils diffèrent des autres par la brusquerie de l'apparition et sont le plus souvent confondus avec un étranglement herniaire. Toutefois, on ne note jamais dans ces cas d'arrêt des matières et des gaz.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de la hernie des annexes et de torsion de celles-ci est toujours un diagnostic assez difficile à faire. Il n'est cependant pas impossible, surtout si l'on a cette affection présente à l'esprit. Comment faire pour poser ce diagnostic ? Il nous faut pour cela procéder par étapes.

Tout d'abord, sommes-nous bien en présence d'une hernie ? Nous ne voyons pas de cas où l'on puisse hésiter bien longtemps à l'affirmer, et par le siège et par les caractères cliniques.

Une fois ce premier pas fait, nous devons nous demander ce que contient le sac herniaire. Avant tous signes de torsion, nous pouvons déjà dire que ce sont les annexes si nous tenons compte de la grosseur, de la mobilité de la tumeur, de l'absence de gargouillements quand on la réduit, et surtout de sa *dureté*, de sa *matité* et de son *indolence*. Le diagnostic sera encore plus facile si l'on arrive à percevoir un *pédicule* à la partie supérieure de la tumeur.

Pour faire le diagnostic de la torsion il nous faut à nouveau distinguer deux éventualités :

1° La hernie existait avant la torsion : Le diagnostic est assez aisé dans ce cas, si l'on pense à cette affection. En

effet, nous avons, à ce moment-là, un tableau clinique qu'il est parfois facile de distinguer de celui de toutes les autres hernies. Nous sommes alors en présence d'un enfant en général grognon, qui crie chaque fois qu'on le touche dans la région où siège la hernie et surtout qui est porteur d'une tumeur inguinale *mate, irréductible, dure, souvent augmentée de volume depuis peu de temps*, avec de l'œdème de la région inguinale et même de la grande lèvre correspondante. A ce niveau, la peau est tendue et parfois enflammée. Enfin, il y a une discordance très grande entre les troubles locaux qui sont assez considérables et l'état général qui ne cesse jamais d'être bon.

2° La hernie et la torsion apparaissent en même temps: Ici, le diagnostic est plus délicat, seuls la disparition des vomissements au bout de peu de temps, la persistance des matières et des gaz, et le bon état général peuvent nous y faire penser.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avec quoi pouvons-nous confondre la torsion des annexes saines dans les sacs de hernie inguinale ? Pour plus de clarté, nous allons passer successivement en revue toutes les affections qui y ressemblent et en dégager les points sur lesquelles elles diffèrent.

1° *Il est possible de percevoir un pédicule à la palpation.*

Dans ce cas, nous pouvons tout d'abord confondre la hernie tubo-ovarienne avec torsion du pédicule avec une hernie intestinale étranglée. Cependant, dans cette dernière, l'état général est rapidement atteint, il y a arrêt des matiè-

res et des gaz et les vomissements, au lieu de cesser assez vite deviennent peu à peu fécaloïdes, contrairement à ce qui se passe dans la torsion des annexes saines herniées.

La hernie épiploïque étranglée est celle qui offre le plus de ressemblances. Un signe qui pourrait nous mettre sur la voie est son absence de mobilité ou son peu de mobilité.

2° *On ne perçoit pas de pédicule.*

Comme nous l'avons déjà vu, il est fréquent qu'on n'arrive pas, même par le toucher rectal, à percevoir de pédicule dans la hernie tubo-ovarienne. On peut alors la confondre : soit avec un kyste enflammé du canal de Nüek, soit avec une adénite inguinale enflammée.

Kyste du canal de Nüek enflammé. — Sa présence est, elle aussi, constatée depuis un certain temps, avant qu'il s'enflamme, mais il est toujours irréductible et lorsqu'il est le siège d'inflammation on voit rarement des vomissements. Cependant, le diagnostic différentiel est toujours difficile à faire.

Adénite inguinale enflammée. — Si on est en présence de cette affection, il n'y a presque jamais de vomissements et on trouve souvent une porte d'entrée sous forme d'érosions siégeant, soit à la région vulvaire ou anale, soit à l'abdomen, soit au membre inférieur. On note aussi dans ce cas un peu de fièvre.

Comme nous le voyons, il nous sera donc possible de faire assez souvent le diagnostic, à condition cependant de penser à cette affection peu connue et d'en bien rechercher tous les signes possibles.

Nous ajouterons toutefois qu'il sera des cas où le diagnostic sera impossible à faire et ne se fera que lors de l'intervention.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de cette affection ayant été traitée dans de nombreux livres et ressemblant à celle des torsions des annexes saines, nous n'en donnerons ici qu'un résumé.

Mais auparavant, nous nous permettrons d'énoncer quelles sont les conditions que doivent remplir les annexes pour qu'on puisse les dire saines. Pour cela, nous rappellerons avec M. Jean REGAD qu'il faut :

- 1° Trouver un utérus de volume et de consistance normales;
- 2° Que les annexes du côté opposé soient saines;
- 3° Que le pavillon persiste et ne soit pas oblitéré;
- 4° Qu'il n'y ait pas de nodules inflammatoires anciens ou récents ni de traces d'infection ou de néoplasme;
- 5° Que nous soyons uniquement en présence de lésions de congestion et de ruptures vasculaires.

Cette définition donnée voyons maintenant quels sont les résultats obtenus par l'examen des pièces.

1° *Sac herniaire.* — En général il ne présente rien de particulier si ce n'est un pouvoir d'extensibilité plus grand. Il est en général tendu et de couleur bleutée.

2° *Liquide herniaire.* — Le liquide qui s'écoule à l'ouverture du sac herniaire est presque toujours du sang avec

parfois des caillots noirâtres; les autres fois ce sera un liquide séro-sanguinolent.

3° *Contenu du sac herniaire.* — Le sac une fois ouvert et le liquide évacué, nous nous trouvons en présence de l'ovaire et de sa trompe, plus ou moins augmentés de volume. Le siège de la torsion est assez variable, mais se trouve le plus souvent au niveau du collet du sac. Le nombre de tours de spire varie entre 1 et 6 avec un maximum de fréquence à 1.

Macroscopiquement l'ovaire et la trompe sont augmentés de volume et de couleur rouge foncé, parfois même violacé et noirâtre.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

1° *Trompe.* — Toutes les tuniques sont envahies et dissociées par des extravasats sanguins. Le plus souvent les plis tubaires sont éclatés au niveau de leur bord libre. Les capillaires sont très dilatés; les artères sont presque vides de sang alors que les veines en sont gorgées. Enfin, si les lésions sont anciennes on voit des plaques de nécrose plus ou moins étendues.

2° *Ovaire.* — A la coupe de celui-ci, si la lésion est très récente, on peut déceler des hématomes périvasculaires. Sinon on ne voit que des éléments disséqués et rendus méconnaissables par une hémorragie diffuse.

Le ligament large porte des lésions semblables mais bien moins importantes.

PATHOGENIE

Jusqu'à présent, de nombreuses théories ont été invoquées mais il est assez difficile de dire qu'elle est celle qui explique le mieux le mécanisme de la torsion des annexes saines. Aussi avons-nous cru utile de résumer celles qui nous ont paru les plus séduisantes.

Théorie anatomique d'Auvray. — Pour cet auteur, il y aurait une persistance de longueur anormale et des flexuosités tubaires. Une congestion de cause quelconque aurait pour effet, en gênant la circulation veineuse, d'accentuer la torsion amorcée par les flexuosités en spirale.

Théorie de Schnitzler. — Sous l'influence d'une pression exercée sur l'ovaire par la paroi et les organes de l'abdomen, celui-ci serait projeté dans le canal inguinal qui est très étroit et dont les parois sont de résistance inégale. L'ovaire dans son trajet inguinal se tordrait suivant son axe longitudinal par un mécanisme analogue à celui de la rotation de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne au moment de l'accouchement.

Théorie hémodynamique de Payr. — Dans ce cas ce serait l'augmentation de la pression veineuse qui amènerait un mouvement de rotation de l'organe autour de son pédicule: l'arc veineux serait alors limité dans son allongement par la corde artérielle, ce qui aboutirait à la torsion.

Théorie de Regad. — La torsion des annexes saines serait

causée pour cet auteur par des spasmes réflexes provoqués soit par un appendice enflammé, soit par un traumatisme, soit par l'ovaire lui-même. D'autre part, il est prouvé que les trompes sont animées de mouvements péristaltiques. Ces spasmes et ces mouvements pourraient être troublés et à la faveur de ce trouble s'effectuerait la torsion. L'origine de ce trouble peut siéger dans l'ovaire qui semble agir sur les contractions tubaires.

De toutes ces théories quelle est la part des unes et des autres dans le mécanisme de la torsion ? Nous ne le savons pas encore exactement.

Remarquons, en outre, que la trompe possède souvent dans ses 2/3 externes une disposition en spirale qui se voit nettement chez l'enfant et qui est le vestige du demi-tour de spire du canal de Müller.

Certaines flexuosités ne peuvent-elles pas ainsi favoriser la torsion ? (flexuosités qui se produiraient par arrêt de développement pour FREUD et par allongement excessif du ligament large pour WENDELER).

N'existerait-il pas aussi une dystrophie congénitale portant à la fois sur la paroi abdominale et sur les annexes ? Ne nous est-il pas permis d'y penser alors que, dans une de nos observations (Obs. III), nous trouvons, chez un nourrisson présentant une torsion des annexes dans un sac de hernie inguinale, une hernie ombilicale ?

Enfin, pour être complet, nous signalerons comme facteurs prédisposants la mobilité anormale des annexes et leur peu d'éloignement de l'orifice inguinal interne chez les nourrissons.

TRAITEMENT

Le traitement des torsions des annexes saines dans les sacs de hernie inguinale chez le nourrisson est un traitement chirurgical. C'est l'opération habituelle pour cure radicale de hernie inguinale, complétée dans tous les cas par la résection des annexes.

Pourquoi donc cette résection ?

Comme nous le voyons d'après toutes les observations publiées, c'est uniquement parce que l'état de la trompe et de l'ovaire ne permettait pas leur conservation et cela tient à une seule chose: c'est que le diagnostic a toujours été posé trop tard et que l'on a attendu les accidents aigus pour opérer.

Serait-il possible de conserver les annexes ?

Il semble bien que oui, à condition toutefois d'intervenir alors que celle-ci sont encore viables, c'est-à-dire avant la torsion où peut-être immédiatement après sa production. Le cas que rapporte HARTINGER (dans lequel il a pu détordre et remettre ces organes en place) semble bien en être une preuve.

La meilleure solution serait celle de l'intervention précoce; intervention qui aurait lieu dès que le diagnostic de hernie de l'ovaire ou des annexes serait fait ou même lorsque le diagnostic hésite. On aurait alors le maximum de chances pour pouvoir essayer la conservation des orga-

nes. A ce moment-là, seulement, il serait possible de pratiquer la détorsion et la réintégration.

Quant à l'opération elle-même, comme nous le montrent les statistiques précédentes, c'est une intervention assez bénigne qui se termine dans 90 % des cas par la guérison.

CONCLUSIONS

1° La torsion du pédicule sain dans les hernies tubo-ovariennes chez le nourrisson est assez peu courante.

2° Elle se produit surtout dans les premiers mois de la vie.

3° Le diagnostic de cette affection peut se faire assez facilement, si l'on a celle-ci présente à l'esprit et si l'on tient compte: des caractères particuliers de la tumeur inguinale (irréductible, mate et dure), de la présence d'œdème et de la discordance qu'il y a entre les signes locaux et les signes généraux.

4° Les lésions constatées dans cette affection ne sont que des lésions d'hémorragies.

5° La pathogénie de cette question n'est pas encore connue.

6° Il est important de faire un diagnostic précoce.

7° La bénignité de l'intervention est suffisante pour qu'on la pratique le plus tôt possible, alors même que le diagnostic hésitera et que les signes de torsion ne seront pas encore apparus.

8° Enfin, en opérant précocement on aura ainsi plus de chances de pouvoir conserver les annexes.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnerons ici que la bibliographie postérieure à l'année 1927, la bibliographie antérieure étant faite d'une façon complète dans la thèse de Jean LELIÈVRE parue à cette époque.

- CABANAC et PASSEBOIS. — A propos des torsions de l'ovaire dans un sac de hernie inguinale simulant un étranglement herniaire, in *Archives de la Société de Médecine et de Biologie de Montpellier* du 25 mai 1934, p. 342.
- CAPECCHI (E.). — Sur l'étranglement et la torsion du pédicule dans les hernies tubo-ovariennes congénitales, in *Il Policlinico* (Sezione chirurgia), an XXXVII, n° 10, le 15 octobre 1930, pp. 490-506.
- DELANNOY (E.). et DRIESSENS. — Hernie de l'ovaire dans la région inguinale. *Echo Médical du Nord*, 21 mai 1932, pp. 247-249.
- MARIANO-FAZIO (J.). — Deux cas de hernie de l'ovaire et de la trompe de Fallope dont un avec torsion des annexes. *Semana Medical de Buenos-Aires*, 12 mars 1931, pp. 720-721.
- HARBESON (A.-E.). — Hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe dans le canal de Nück, avec rapport d'un cas. *Canadian Medical Association Journal*, septembre 1933, pp. 295-297.
- HARTINGER (L.). — Au sujet de la torsion du pédicule d'une anexe normale. *Journal de Chirurgie*, 1931, T. II, p. 764.
- HILAROWICZ. — Zür operation der inguinalen adnexhernien. *Zentralblatt f. Chirurgia*, 17 novembre 1928.
- JOLY (J.). — Cas de hernie de l'ovaire. *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, n° d'avril 1932, pp. 123-130.
- LAPEYRIE et CABANAC. — Torsion de l'ovaire et de la trompe de Fallope dans un sac de hernie inguinale simulant un étranglement intestinal, 2 cas. *Archives de la Société de Médecine et de Biologie de Montpellier*, juin 1934, pages 302-305.

- LAURENT (P.). — Torsion de la trompe de Fallope et de l'ovaire chez 7 fillettes. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mai 1929, pp. 288-290.
- LLAMBIAS (A.) et SENET (O.-H.). — Torsion des annexes dans un sac de hernie, in *Boletín y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos-Aires*, 17 avril 1929.
- LELIÈVRE (J.). — Contribution à l'étude de l'étranglement et de la torsion du pédicule dans les hernies inguinales tubo-ovariennes chez l'enfant. Thèse Paris, 1927, n° 151.
- MOUCHET (A.). — Torsion de l'ovaire droit dans une hernie inguinale simulant un étranglement herniaire. Société Anatomique de Paris, 3 juillet 1930, in *Annales d'Anatomie Pathologique*, T. VII, n° 7, p. 885.
- ORR (J.-L.). — Unusual case of tubo-ovarian inguinal hernia. Tr. Roy. Med. Chir. Societe. Glasgow, 1928-1929.
- PATEL. — Nouveau traité de Chirurgie de Delbet et Schwartz, T. XXIX, pp. 517-523.
- PAUCOT et MEURISSE. — *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, septembre 1928.
- REGARD (J.). — Torsion des trompes utérines. Thèse de Lyon, 1932.
— Torsion de la trompe de Fallope, in *Gazette des Hôpitaux*, 8 avril et 15 avril 1933, pp. 517-521 et 557-562.
- RICHE (V.) et GUIBAL (A.). — Torsion de la trompe saine consécutivement à une rupture vésicale. *Bulletin Société d'Obs-tétrique et de Gynécologie*, novembre 1933, pp. 778-780.
- SORREL (E.) et OBERTHUR (H.) et LOUTSCH. — Deux cas de torsion des annexes normales chez des fillettes. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* du 18 juin 1932, pp. 909-913.
- WAKELEY. — Hernie de l'ovaire et de la trompe. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LI, n° 2, août 1930, pp. 256-258. In *Journal de Chirurgie* de 1930, T. II, p. 830.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

« La torsion des annexes saines
dans les sacs de hernie inguinale
chez les nourrissons »,

par André MERCADIER

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 29 mai 1935.

Le Professeur,
ETIENNE.

Montpellier, le 31 mai 1935.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 31 mai 1935.

Le Recteur,

TAILLIART.

